

VIII kadencja



# **KANCELARIA SEJMU**

## **Biuro Komisji Sejmowych**

### **PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA**

#### **■ KOMISJI ZDROWIA**

**(NR 58)**

z dnia 25 stycznia 2017 r.



---

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

## Komisji Zdrowia (nr 58)

25 stycznia 2017 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bartosza Arłukowicza (PO)**, przewodniczącego Komisji Zdrowia, rozpatrzyła:

**– pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (druk nr 1098).**

W posiedzeniu udział wzięli: **Piotr Warczyński** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marek Woch** pełnomocnik prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw kontaktów z organizacjami pozarządowymi i organami władzy publicznej ze współpracownikiem, **Dobrawa Białun** ekspert Konfederacji Lewiatan, **Marek Cytacki** główny specjalista w Wydziale Interwencyjno-Poradniczym Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Wanda Fidelus-Ninkiewicz** dyrektor Biura Naczelnej Izby Lekarskiej ze współpracownikiem, **Sebastian Irzykowski** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Mariusz Kocój** członek Zarządu Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, **Jan Kowalczyk** członek Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, **Mateusz Moksik** asystent przewodniczącego Komisji oraz **Wojciech Wiśniewski** rzecznik Fundacji Onkologicznej ALIVIA.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegorzka**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych; **Robert Durlik**, **Ewelina Maksimiec** oraz **Aleksandra Wolna-Bek** – legislatorzy z Biura Legislacyjnego.

### **Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Stwierdzam kworum. Stwierdzam przyjęcie protokołów z posiedzeń Komisji w listopadzie i grudniu 2016 r. – posiedzenia Komisji od 42 do 56 – wobec niewniesienia do nich zastrzeżeń.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, druk nr 1098. Uzasadnia minister zdrowia.

Czy są uwagi do porządku dziennego? Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do pracy. Zaczynamy realizację porządku dziennego.

Marszałek Sejmu w dniu 2 grudnia 2016 r. skierował rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, druk nr 1098, do Komisji Zdrowia do pierwszego czytania. Informuję, że są opinie Biura Analiz Sejmowych do tego projektu – prawna i merytoryczna. Zostały one wysłane do państwa posłów oraz zamieszczone są na iPadach poselskich.

Przystępujemy do pierwszego czytania projektu ustawy z druku nr 1098. Proszę pana ministra o uzasadnienie projektu ustawy.

### **Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński:**

Dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo posłowie, mam dzisiaj przyjemność przedstawić państwu projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która modyfikuje tak zwany pakiet onkologiczny. Przedstawiany przeze mnie projekt wprowadza modyfikacje tych przepisów. Czas, jaki upłynął od momentu ukonstytuowania się ostatniej nowelizacji tych przepisów, które zaczęły funkcjonować 1 stycznia 2015...

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Panie ministrze, poproszę bliżej mikrofonu, bo źle słychać.

**Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:**

Oczywiście, tak. Ten czas pozwolił na kolejną analizę poprawności, adekwatności i efektywności wprowadzonych wówczas rozwiązań. Pozwolił również na zaproponowanie korekty pakietu onkologicznego. Przedmiotowa regulacja dotyczy w szczególności dwóch obszarów, to jest uproszczenia sprawozdawczości w zakresie prowadzenia list oczekujących, które są prowadzone w przypadku świadczeń udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz uproszczenia właśnie tej karty z jednoczesnym uelastycznieniem możliwości jej wystawiania.

Zaproponowane zmiany były wcześniej szeroko konsultowane zarówno ze środowiskami pacjentów, jak i lekarskim. Konsumują one wiele uwag, jakie te środowiska zgłaszały. Wśród tych zmian można wyróżnić pewne elementy. Pierwszym z nich jest uproszczenie sprawozdawczości w zakresie prowadzenia list oczekujących. Oczywiście, w przypadku świadczeń udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Chodzi o to, by nie powielać sprawozdawczości, która już ma miejsce w karcie leczenia onkologicznego. Proponujemy więc wyłączenie spod tego obowiązku, listy oczekujących na udzielanie informacji o liście oczekujących na udzielanie świadczenia, dla chorych objętych diagnostyką lub leczeniem onkologicznym.

Projekt wprowadza również możliwość wystawiania... Wróć jeszcze do tego punktu. Ta zmiana dotyczy zarówno sprawozdawania o czasie oczekiwania, jak i sprawozdawania o pierwszym wolnym terminie. Są to więc dwa zakresy sprawozdawczości kolejkowej.

Kolejna zmiana wprowadza możliwość wystawiania karty DIŁO przez lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych już w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego. Następna zmiana znosi konieczność stosowania wskaźnika rozpoznawania nowotworów, przypisywanego lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej, a kolejna znosi przepisy dotyczące obowiązku zgłaszania Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego bezpośrednio do Krajowego Rejestru Nowotworów, czyli niejako rozpręża konieczność zgłaszania informacji do KRN-u z kartą diagnostyki i leczenia nowotworowego. Myślę, że w dyskusji podam powody tego projektu.

Inna zmiana modyfikuje zakres danych wymaganych do zamieszczenia w karcie DIŁO. Rezygnujemy z wielu pól. Karta DIŁO zmniejsza się z dziewięciu stron do trochę więcej niż dwóch i będzie wypełniana wyłącznie w formie elektronicznej.

Następna zmiana poszerza możliwość diagnozowania i leczenia w ramach pakietu nowotworowego. Mianowicie, sformułowanie „nowotwór złośliwy” zastępuje się, a właściwie uzupełnia się sformułowaniem „nowotwór miejscowo złośliwy”.

I wreszcie ostatnia zmiana, dość znacząca, która daje ministrowi podstawę do ogłoszenia w drodze obwieszczenia zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki leczenia w obrębie świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie tylko w zakresie onkologii, ale również wszystkich innych dziedzin medycyny.

Panie przewodniczący, Szanowna Komisjo, zwracam się z prośbą o przyjęcie zmian proponowanych w projekcie, ponieważ zostały one przygotowane z myślą o uproszczeniu i ułatwieniu wszystkich procedur w zakresie pakietu onkologicznego. Oczywiście, pozostajemy otwarci, jeżeli chodzi o dyskusję merytoryczną nad proponowanymi zmianami. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Dziękuję. Kto z państwa chciałby zabrać głos? Czekam na zgłoszenia. Pani poseł, bardzo proszę.

**Poseł Elżbieta Gelert (PO):**

Dziękuję bardzo. Mam kilka pytań do pana ministra, związanych z wprowadzeniem lub wykreśleniem artykułów. W art. 32a, po ust. 2, dodaje się ust. 2a, który mówi, że świadczeniodawca realizuje leczenie i wyznacza koordynatora leczenia. W związku z tym, jest takie pytanie.

Ponieważ zadania koordynatora wymagają oczywiście wielkiego zaangażowania czasowego, należy uwzględnić dodanie produktu rozliczeniowego do katalogu grup JGP.

Zawsze twierdzimy, że wszystko odbywa się bezkosztowo, natomiast to wiąże się z dodatkowym zatrudnieniem osoby koordynatora. Na pewno te szpitale, które mają duże programy onkologiczne, borykają się z tym. Takiego koordynatora trzeba dodatkowo zatrudnić, bo inaczej nie da się rady. Liczba osób posiadających karty DILO sukcesywnie wzrasta. Wymaga to dodatkowego zaangażowania personelu dedykowanego opiece. Jest więc pytanie, jak to państwo widzą. Personelu medycznego jest tak mało w szpitalach, że nie jest prostą sprawą narzucenie danej osobie kolejnych obowiązków. Pytam więc, co z zapłatą dla koordynatora.

Natomiast, ponieważ w art. 32a uchyla się ust. 5 i 6 – to, co przed chwilą pan minister powiedział – a więc zwalnia się lekarzy z obowiązku zgłaszania Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego bezpośrednio do Krajowego Rejestru Nowotworów, jest to właściwie powrót do wersji papierowej zgłaszania, a w niektórych przypadkach może nawet dojść do niezgłaszania. Wydaje się, że przez ten okres wiele systemów informatycznych u świadczeniodawców zostało dostosowanych do tego, że jest to wykonywane automatycznie. W związku z tym, nie do końca jest mi znany powód tego, żeby lekarz, jeżeli zakłada kartę DILO, nie mógł tego automatycznie zgłosić do rejestru krajowego.

I następną moją uwagę, a właściwie zapytanie do pana ministra. Po art. 32b dodaje się art. 32c i 32d, w których mówi się o zobowiązaniu świadczeniodawcy do dodatkowego tworzenia wskaźników efektywności diagnostyki onkologicznej. Wymaga to znowu dostosowania systemów informatycznych podmiotów wykonujących działalność. Wymaga to zmian, które często mogą być niestałe, bo mogą wchodzić w życie drodze obwieszczenia ministra zdrowia, czyli, mogą być zmieniane. Nadto, Narodowy Fundusz Zdrowia, na potrzeby oceny efektywności diagnostyki, dysponuje już danymi z własnych aplikacji. Powstaje więc pytanie, dlaczego to świadczeniodawca będzie musiał tworzyć dodatkowy program w systemie informatycznym, który będzie tę efektywność liczyć. Każdy zakład będzie to robić osobno.

Oprócz tego, mam takie zapytania do pana ministra, ponieważ z kontekstu tej ustawy wynika, że państwo chcieliby przechodzić na system informatyczny. W związku z tym, w projekcie zamian do ustawy pojawia się zapis o podpisie świadczeniodawcy lub przedstawiciela ustawowego albo opiekuna. Pojawia się również zapis o pieczęci lekarza we wzorze karty diagnostyki. W dalszym ciągu brakuje pól w nowoprojektowanej karcie DILO odnośnie do zmian w planie leczenia, tak zwanych rekonsyliów. Mają państwo tylko jedno pole odnośnie do konsylium, ale wiadomo, że czasami te „rekonsylia” są potrzebne. Jeśli państwo sprawdzą, to ani w formie papierowej, ani elektronicznej, nie mieszczą się te „rekonsylia”. Zatem, do rozważenia pozostaje możliwość uzyskania dodatkowych środków na te „re konsylia”. Chodzi mi o „rekonsylia”, ponieważ – jak już zauważyłam wcześniej – nie zawsze na jednym konsylium się kończy, a znowu nie ma na to środków. Owszem, raz jest oznaczona wartość punktowa za pierwsze konsylium, natomiast nie mówi się tu o „rekonsyliach”.

Prowadzenie karty wyłącznie w wersji elektronicznej może spowodować utrudnienie dla pacjenta i personelu medycznego w przypadku konieczności okazania i podczas rejestracji na kolejnym etapie diagnostyki czy leczenia onkologicznego. Brak jest możliwości technicznej wglądu do karty DILO, jeżeli poprzedni lekarz zamknie tę kartę. Jeżeli on ją zamknie w swoim planie, wówczas może być problem z wglądem.

Takie byłyby moje uwagi. Oczywiście, bardzo dobrze, że odstępuje się od karania lekarzy za wystawianie do diagnostyki onkologicznej czy nietrafienie. Jeżeliby pan minister mógł się odnieść do tych moich uwag, to dziękuję bardzo.

#### **Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Jeśli pani poseł pozwoli, chciałbym sprostować jedno zdanie. Nigdy nie było żadnego zapisu o karaniu lekarzy. Mówiliśmy tylko o tym, że lekarz, który nie spełnia wymogu rozpoznania – uwaga, sic! jednego na piętnastu pacjentów – musi po prostu przejść przeszkolenie. Szkolenie to nie kara. Bardzo proszę, pani poseł.

#### **Poseł Anna Czech (PiS):**

Dziękuję bardzo. Chciałabym przekazać swoje uwagi. Przede wszystkim, bardzo serdecznie dziękuję za tę zmianę, która jest najistotniejsza, a mianowicie poszerzenie listy

lekarzy, którzy mogą założyć kartę DILO. To bardzo poprawi pracę, szczególnie w szpitalach, do których trafiano bez karty DILO. Lekarze POZ obawiali się przeszkolenia, czy pewnych sankcji i nie wypełniali kart DILO. Pacjenci, tak czy inaczej, trafiali do poradni, szpitali, byli diagnozowani, a nie można było tego rozliczyć bez limitu. Wchodziło to tylko w limity, które potem trudno było rozliczyć i czekano na nadwykonania. Przy tej okazji dziękuję więc, że pan minister uwzględnił uwagi zgłaszane w trakcie konsultacji i odszedł od limitowania, a pozostało tylko Nielimitowane działanie, w tym zakresie.

Również dobrą zmianą jest rezygnacja z obowiązku przekazywania danych onkologicznych z list oczekujących, co stanowi odciążenie personelu. Rezygnację z obowiązku sprawozdawania w karcie DILO numeru karty zgłoszenia nowotworu złośliwego także uznajemy za korzystną.

Chciałabym tylko zapytać w sprawie koordynatora. Nie mam wątpliwości odnośnie do koordynatora, że jego rola jest bardzo ważna. Akurat w mojej jednostce, jak w wielu innych, ten koordynator spełnia swoją rolę, ale tutaj państwo zmieniają to w ten sposób – jeszcze tego nie doczytałam – że jest konieczność wpisania go do karty DILO, a do tej pory te zadania były określone na poziomie rozporządzenia ministra zdrowia. Czy mogłabym na ten temat usłyszeć coś więcej od pana ministra? Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, panie pośle.

**Poseł Zbigniew Pawłowicz (PO):**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, muszę powiedzieć, że jako wieloletni dyrektor centrum onkologii jestem trochę zaniepokojony tym, że znoszą państwo konieczność raportowania w momencie wystawienia karty DILO do Krajowego Rejestru Nowotworów. Przez wszystkie lata staraliśmy się dążyć – i Ministerstwo Zdrowia, i onkolodzy, i Polskie Towarzystwo Onkologiczne – do poprawienia ściągłości do KRN danych o chorobach onkologicznych w naszym kraju. Nie można planować strategii walki z nowotworami nie mając pełnej informacji o ich występowaniu, a jednocześnie o ich leczeniu. W związku z tym, prosiłbym pana ministra o rozważenie jednak do końca sprawy, czy nie warto pozostawić tego zapisu, zgodnie z którym lekarz w momencie wypełniania karty DILO raportował informację do KRN. Przy rozwoju komputeryzacji w szpitalach nie stanowi to żadnego zagrożenia dla lekarza wypełniającego kartę DILO. Mówię to z pełną odpowiedzialnością jako doświadczony, wieloletni dyrektor dużego ośrodka onkologicznego. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Dziękuję, panie pośle. Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń. Teraz ja zabiorę głos, jeśli mogę.

Panie ministrze, proszę wyjaśnić mi dwie rzeczy. Jest zapis, który pozwala odstąpić od konsylium. Proszę wskazać obiektywne czynniki, które opisują, kiedy lekarze będą mogli odstąpić od konsylium, czyli od najważniejszego wydarzenia dla pacjenta, który wyrusza w wielomiesięczną, a niekiedy wieloletnią walkę z chorobą nowotworową. To konsylium wprowadzone było do pakietu onkologicznego dokładnie po to, żeby pacjent nie musiał biegać od lekarza do lekarza i samemu szukać porady u różnych specjalistów. Myślę o radioterapeutach, onkologach, chirurgach, chemioterapeutach i wielu innych lekarzach, którzy są potrzebni po drodze. Zmusiliśmy ustawowo, aby szpital, który ma ambicje leczenia pacjentów chorych na chorobę nowotworową, musiał zorganizować takie konsylium.

Ja wiem, że są choroby nowotworowe, szczególnie hematologiczne, które, być może, nie wymagają obecności tych wszystkich lekarzy, ale wprowadzenie tak miękkiego zapisu o tym, że lekarze w uzasadnionych przypadkach mogą zrezygnować z konsylium, upowszechni zjawisko odstępowania od tego konsylium i spowoduje to, że pacjent, pomimo tego, co mu daliśmy po tak ciężkim boju, po proteście „lekarzy zielonogórskich” przy wprowadzaniu tego pakietu onkologicznego... Jaka jest intencja ministra zdrowia, żeby umożliwić lekarzom odstępowanie od konsylium? Można napisać „na twardo”, że można odstąpić od konsylium w tak dużym składzie w przypadku choroby a, b, c, d – pan minister doskonale wie, że jesteśmy w stanie te choroby, czy grupy chorób „wylistować”.

Wskazywanie „na miękko”, że można odstąpić, spowoduje to, że tych konsyliów po prostu nie będzie i pacjenci znowu sami będą szukać radioterapeuty, chirurga, będą stać pod drzwiami, będą stać w kolejce. A wymagaliśmy tylko tego, żeby ci lekarze przynajmniej raz usiedli ze sobą przy stole i porozmawiali na temat tego pacjenta.

W ustach przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia pojawił się argument, że te konsylia czasem były fikcją. Panie ministrze, ja z takim czymś zgodzić się nie mogę, jeżeli minister zdrowia, który finansuje leczenie via NFZ, a leczenie nowotworowe w szczególności, wiedząc, że w jakimś ośrodku konsylia są fikcją, nie reaguje. Chyba, że mają państwo takie reakcje zapisane. To ja wtedy poproszę o wykaz szpitali, w których minister zdrowia lub NFZ stwierdzili, że konsylia w tym ośrodku są fikcją. Poproszę też o wykaz konsekwencji, jakie wyciągnięto wobec tego szpitala. To pierwsza rzecz.

Druga rzecz. Wprowadziliśmy w pakiecie onkologicznym wymóg – i tu nawiązuję do swojego sprostowania – żeby lekarz rodzinny, który stawia podejrzenie choroby nowotworowej i kieruje pacjenta na tak zwaną szybką ścieżkę onkologiczną, był skuteczny w swojej diagnozie minimum u jednego na piętnastu pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej. U jednego na piętnastu, drodzy państwo – podkreślam ten wskaźnik.

W Europie wskaźnik skuteczności rozpoznawalności przez lekarza rodzinnego czy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej waha się w różnych krajach od 1:6 do 1:8. Czyli, Europa stawia wymóg, że lekarz musi trafić z rozpoznaniem – tylko z rozpoznaniem, stwierdzeniem, że jest, a nie stwierdzeniem, jaki to nowotwór i w jakim stopniu zaawansowania – u jednego na sześciu lub ośmiu pacjentów. My wprowadziliśmy zapis – jeden na piętnastu. Czym kieruje się minister zdrowia znosząc wskaźniki jakościowe dla lekarzy rodzinnych? Jaka jest intencja? Ja rozumiem, że można korygować, poprawiać, zmienić sposób szkolenia. Rozumiem, że jeśli wprowadza się bardzo ciężkie ustawy w życie, to trzeba je po drodze korygować, bo tak pokazuje praktyka. Nie rozumiem jednak intencji ministra zdrowia, który pozwala lekarzom na odstępowanie od konsylium i znosi wskaźniki oceny jakościowej ludzi, którzy są lekarzami na starcie choroby nowotworowej, kiedy pacjent – co podkreślam – zaczyna wielomiesięczną lub wieloletnią walkę o swoje życie. To rolą ministra zdrowia jest zwiększanie wskaźników jakościowych. Rolą ministra zdrowia jest zwiększanie komfortu pacjentowi, a nie proponowanie przepisów, które owszem, poprawiają komfort, ale – przepraszam – lekarzowi. Nie jest rolą ministra zdrowia budowanie aptek dla aptekarzy, czy pakietu onkologicznego dla onkologów. Pakiet onkologiczny jest dla pacjentów i apteka ma być dla pacjentów. Na szczęście, to już się stało.

Panie ministrze... Zgłasza się jeszcze pan poseł Latos. Bardzo proszę.

### **Poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, już wielokrotnie dyskutowaliśmy na temat pakietu onkologicznego i wielokrotnie mówiliśmy o różnych rzeczach, które w tym pakiecie trzeba poprawić. Nie będę przywoływać również uwag środowiska onkologicznego, tego, jakie mieli zastrzeżenia od początku, a jakie być może mają w dniu dzisiejszym. Jesteśmy mądrzejsi o doświadczenia dwóch lat – jeśli się nie mylę – funkcjonowania pakietu. Natomiast, kilka rzeczy wymaga dopowiedzenia i wyjaśnienia.

Ja też słyszałem o czymś, co w jakimś sensie, upraszczając, można nazwać fikcją, jeśli chodzi o konsylia. Oczywiście, fikcja nie oznacza, że ktoś fałszuje podpis. Nie. Wszystkie osoby, które miały się wypowiedzieć, wypowiadają się, tylko w wielu przypadkach to nie ma takiego charakteru – jak być może wymarzył sobie ustawodawca – że kogoś zamknie się na godzinę czy dwie i będą ze sobą dyskutować, aż coś innego wydiskutują. Są takie przypadki, że pewnie wiele godzin spędzają nad ich analizą, ale są też sytuacje, które w sensie postępowania są oczywiste, a w związku z tym sprowadza się to jedynie do wyrażenia opinii, stanowiska, składając podpis, pisząc jedno zdanie. I w tym sensie osoby, które mi o tym wspominały, mówiły o pewnego rodzaju fikcji, ale częściej mówiły o potrzebie uproszczenia.

Ewentualnie mogę zgodzić się z tym, co mówi pan przewodniczący, że być może warto pomyśleć – może w akcie niższego rzędu – nad doprecyzowaniem, w jakich sytuacjach

te konsylia powinny się zbierać, ponieważ doskonale wiemy, że jeśli chodzi o potrzebę zebrania konsylium, w wielu przypadkach, w których algorytm postępowania jest oczywisty, stosowany od lat i sprawdzony, możemy mówić o pewnego rodzaju spowolnieniu.

Możemy też mówić o innym spowolnieniu postępowania. Nie wiem, czy o tym była mowa. Jeżeli tak, to przepraszam, a jeżeli nie, to prosiłbym o zastanowienie się w resorcie, również poza tą ustawą. Mam również sygnały ze środowiska patomorfologów. Przepraszam, jeżeli nie będę precyzyjny i nie oddam dokładnie intencji, jakie mi przekazywano. Otóż, wskutek swego rodzaju procedur wynikających z pakietu onkologicznego – kolejności postępowania, a również rozliczania – dochodzi do sytuacji takiej, że niekiedy patolog dwukrotnie podchodzi do materiału. To znaczy, najpierw dokonuje wstępnej oceny. Jak mi tłumaczono, jest to związane z pakietem, również z procedurami, wycenami i innymi rzeczami. A gdy później okazuje się – uproszczę – że jest podejrzenie nowotworu, to jest proszony o wykonywanie dodatkowych badań z tego preparatu, który mu został. Dobrze, jeżeli został. Oni najczęściej tak się zabezpieczają, że tak skrawają fragmenty tkanki, żeby był preparat do dalszych badań, niemniej jednak – pomijając to wszystko – następuje wydłużenie o prawdopodobnie kolejne dwa tygodnie. Mówią mi patolodzy, że przed pakietem onkologicznym nie było takiego systemu i oni od razu dokonywali pełnej oceny.

Myślę, że ta sprawa..., nie wiem, czy od razu uda się na nią odpowiedzieć. Jeżeli nie, to gorąco bym prosił – w formie wypowiedzi na posiedzeniu Komisji, a nie w formie interpelacji – aby temu się przyjrzeć, czy tu nie można dokonać pewnej korekty, uproszczeń, aby przynajmniej w większej liczbie przypadków – nie chcę twierdzić, że w każdym przypadku, bo pewnie w niektórych nie miałyby to sensu – w określonym, mocno uprawdopodobnionym podejrzeniu, wykonywać większą liczbę tych badań już na wstępie, żeby skrócić czas o te dwa tygodnie, zwłaszcza w sytuacji, kiedy na rynku cały czas mamy za mało patomorfologów. To tyle. Bardzo dziękuję.

### **Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Bardzo dziękuję. Jeszcze jedno zdanie pan poseł Zembala, ale za sekundkę. Ja chciałbym powiedzieć panu ministrowi taką rzecz. Tworzyliśmy ten pakiet wspólnie. Znane są państwu moje kierunki myślenia w tej sprawie, ale przede wszystkim, kierunki myślenia pacjentów, bo ten pakiet był tworzony z myślą o nich, a nie onkologach. Ja znam opinie onkologów, ich krytyczne podejście, opór – ja nie twierdzę tego, co pan mówi mi tu w ucho i nawet tego nie powtórzę, nigdy bym tego nie powiedział – ale celem pakietu nie było poprawianie komfortu patomorfologom, tylko pacjentom. I, żeby państwo mieli tego świadomość wprowadzając te zmiany, chcę przytoczyć dwa dokumenty.

Pierwszy z nich, to analiza pakietu onkologicznego przygotowana przez Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych z 15 grudnia 2016 r. To materiał, który mam w ręku. W tym materiale jest napisane, że 97% pacjentów przebadanych przez tę Koalicję stwierdza, iż pakiet onkologiczny jest potrzebny, wprowadził wiele koniecznych zmian w leczeniu.

W tym samym czasie powstał raport ekspercki „Społeczny monitoring wdrażania i realizacji pakietu onkologicznego”. Jest on stworzony przez ekspertów systemu ochrony zdrowia. We wnioskach raportu stwierdzono: „Podstawowe złożenia pakietu zostały realizowane. Skrócił się czas oczekiwania na świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego. Wprowadzono szereg instrumentów i działań usprawniających trudny proces, który przechodzą pacjenci onkologiczni”. I tu jest jeszcze jedno zdanie, ostatnie, które chcę zacytować z tej analizy eksperckiej, stworzonej po analizie funkcjonowania pakietu onkologicznego. To jest ostatnie zdanie: „Po raz pierwszy w regulacjach dotyczących ochrony zdrowia uwzględniono głos pacjentów i organizacji ich reprezentujących”. I to jest święta prawda o tym pakiecie.

Panie ministrze, jeśli wolą ministra zdrowia – a zakładam, że tak, bo nie jest to pole bitwy politycznej, tylko dyskusji merytorycznej – jest usprawnienie pakietu onkologicznego, to znajdziemy kompromis. Jeśli państwo „wylistujecie” grupy chorób nowotworowych, przy których można zmniejszyć liczbę lekarzy zasiadających w konsylium, to zgłoszę za. Jeśli zaś państwo otwierają furtkę do tego, że można nie zbierać konsylium, to nie znajdziemy kompromisu, bo to nie jest zapis dla pacjentów. To jest zapis dla



lekarzy. I nie oczekuję od pana dopowiedzi dzisiaj, bo doskonale wiem, na czyj wniosek – proszę o ciszę na sali – na wniosek jakiej grupy lekarzy likwidują państwo zapis dotyczący wskaźników jakościowych 1:15. Przywykłem do tego, że ta grupa lekarzy w dzisiejszym resorcie zdrowia ma specjalnego rodzaju przywileje, ale w przypadku pacjentów onkologicznych na to nie będę się zgadzać.

Wiem, że mam tylko jeden głos w Komisji, nie pełnię dzisiaj funkcji ministra, ale będę walczyć. Chcecie kompromisu, „wylistujcie” choroby, w przypadku których może być mniej liczne konsylium. Chcecie kompromisu w zniesieniu 1:15, proszę zaprezentować realne wskaźniki oczekiwań wobec lekarzy rodzinnych odnośnie do jakości ich pracy z pacjentem onkologicznym... Nie ma żadnych wskaźników, panie ministrze. Niech pan nie pyta pani dyrektor, bo wiem, że ich nie ma... Panie ministrze, obaj wiemy, jakie są. „Na twardo” wprowadzacie wskaźniki jakościowe, opisujecie, kiedy można zmniejszyć liczbę lekarzy w konsylium i jest zgoda. Nie robicie tego, uznaję, że spełniacie oczekiwania środowisk lekarskich. Po prostu, idźcie im na rękę. Pan poseł Zembala.

### **Poseł Marian Zembala (PO):**

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, ja nie jestem onkologiem, aczkolwiek wielu z nas nie jest onkologami i odnosi się do tych zagadnień. Mam trzy uwagi. Krótka, pierwsza.

Chciałbym w tym gronie powiedzieć – także jako lekarz i były minister – że z osobą pana ministra Piotra Warczyńskiego wiąże się bardzo wiele dobrego, które się stało w zakresie programu i zespołu onkologicznego. Za to chcę panu podziękować. I chcę, żeby państwo o tym pamiętali.

Po drugie, to, o czym teraz mówimy i o co się spieramy, jest trudnym kompromisem między tym nadmiernym uproszczeniem, które się pojawia, oczywiście, ze strony lekarzy rodzinnych, a opinią eksperckiej grupy onkologów. O to też prowadziliśmy z nimi spory – ten sam pan minister, kiedy razem pracowaliśmy, mój poprzednik i ja. Natomiast, chcę zwrócić uwagę na jedną rzecz. Otóż, Komisja Europejska zwróciła uwagę na to, a także na jeden z elementów tej aplikacji, którą wygraliśmy z 12 mld zł. Problemem Polski jest bycie w ogonie wczesnego rozpoznawania nowotworów i mała skuteczność leczenia. Chciałbym, żebyśmy wszyscy razem patrzyli w tym aspekcie, bo za ten aspekt odpowiadamy wszyscy.

Jeżeli mógłbym dzisiaj radzić, to przestrzegałbym przed nadmiernym uproszczeniem, a odnoszę wrażenie – mówiłem o tym rok temu – że mając słaby instrument... A tym słabym instrumentem obiektywizacji jest to, co mamy – rejestry.

Ciągle nie rozumiem, dlaczego silna medycyna, jakiej wszyscy chcemy, nie rozwija bardzo intensywnie rejestrów z walidacją wewnętrzną i zewnętrzną. W rezultacie mamy średniej wartości dane. Ratunkowo, na szczęście, sięgamy po Fundusz, bo samo środowisko onkologów, kiedy chodzi o rejestry... Pamiętają państwo to słynne wystąpienie pana profesora Zatońskiego – mówię ponad podziałami. Jest to wielka słabość, przy jednocześnie stosunkowo wysokiej wycenie kosztów funkcjonowania rejestrów. Dlatego chciałbym zapytać, co zrobić, żeby jednak był rejestr, żeby wiedzieć, że w danym województwie, w danym miejscu, w danej części kraju mamy rzeczywistą zachorowalność i szybki zgon.

Powiem państwu, że nawet w przypadku Państwowego Zakładu Higieny – instytucji wyjątkowo szanowanej – rejestry z małą walidacją zewnętrzną, czyli obiektywizacją, stają się ogólnie zbyt mało wartościowe. Prosiłbym, żeby to zjawisko dostrzegać, bo jeśli wszystko uprościmy, żeby było łatwiej, to będziemy jeszcze dalej w ogonie Europy. Z troską o tym mówię. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Już udzielam głosu panu ministrowi. Chciałbym tylko jednym zdaniem skomentować to, co powiedział pan poseł Zembala. Rejestr, panie profesorze – i ja, i pan, wiemy to doskonale – ma to do siebie, że w sposób obiektywny pokazuje efektywność i umiejętność postępowania lekarskiego. I bardzo trudno wprowadzić go w życie, ponieważ łatwiej jest operować emocjami niż rejestrem.

Pan jeszcze się zgłaszał. Proszę o przedstawienie się.

**Główny specjalista w Wydziale Interwencyjno-Poradniczym Biura Rzecznika Praw Pacjenta Marek Cytacki:**

Marek Cytacki, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta. Ja o sprawie mniejszej wagi, ale nie-mniejszej, jeśli chodzi o znaczenie dla pacjenta.

Pacjenci spotykają się z bardzo dużymi problemami w przypadku karty DILO, jeśli chodzi o dostęp do jej kopii. Na kanwie tych problemów zgłaszanych do Rzecznika Praw Pacjenta, zwróciliśmy się do Ministra Zdrowia o wskazanie, jaki jest charakter prawny tego dokumentu, a przede wszystkim, czy jest to dokument medyczny. Otóż, dysponujemy stanowiskiem Ministerstwa, zgodnie z którym nie jest to dokument medyczny. Martwi ta sytuacja z prostej przyczyny, że zakres danych w karcie DILO wskazuje na to, że mamy do czynienia z dokumentem medycznym.

W grę wchodzi również odesłanie do ustalenia tak zwanego wzoru dokumentu medycznego. Ten wzór ma być określony całkowicie odrębnym rozporządzeniem niż rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej. Być może to jest ta przyczyna, dla której nie jest to dokument medyczny. Jednak pacjenci chcieliby mieć zapewniony w przyszłości dostęp do tego dokumentu medycznego. W przepisie art. 32b, w „dwójce”, proponuje się, żeby w przypadku, kiedy nowotwór nie jest rozpoznany, karta DILO była pozostawiana u świadczeniodawcy. Pytanie brzmi, w jakich zasobach. Jeżeli karta DILO będzie przechowywana w dokumentacji medycznej danego pacjenta, to oczywiście pacjent ma prawo dostępu do pełnego zasobu dokumentacji. Są to pewne sprzeczności, które podsumuję pytaniem – czy nad tą sprawą nie należałoby się pochylić, żeby stworzyć bardziej czytelną sytuację w zakresie charakteru tego dokumentu i wskazania, że jest to rzeczywiście dokument medyczny. Czy nie powinno to być od razu wskazane w przepisie, że wzór tego dokumentu będzie ustalony rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej? Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Bardzo dziękuję. Czy ktoś z państwa posłów? Pan. Proszę się przedstawić.

**Rzecznik Fundacji Onkologicznej ALIVIA Wojciech Wiśniewski:**

Wojciech Wiśniewski, Fundacja Onkologiczna ALIVIA.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Proszę bardzo.

**Rzecznik Fundacji Onkologicznej ALIVIA Wojciech Wiśniewski:**

Dziękuję pięknie. Przynajmniej, chciałbym nawiązać do wypowiedzi pana przewodniczącego. Faktycznie jest tak, że środowisko pacjentów bardzo pozytywnie wypowiada się na temat pakietu onkologicznego. Jest to jedna z niewielu sytuacji, kiedy faktycznie postulaty naszego środowiska zostały wysłuchane. Są tu na sali osoby, które brały udział w uchwalaniu pakietu onkologicznego – serdecznie za to dziękujemy. Jednocześnie, chyba wszyscy obecni w tej sali dostrzegamy, że jest to narzędzie, które należy rozwijać. Te propozycje nowelizacji traktujemy jako krok w tę stronę, dlatego, że kłopotem polskiej onkologii jest to, że często rozwiązania są zastępowane zamiast twórczo rozwijane.

Faktycznie jest tak, że członkami Komisji są wybitni onkolodzy i wybitni specjaliści, więc szkoda byłoby marnować okazję do tego, aby do tej nowelizacji podejść w sposób kompleksowy i wyeliminować te problemy, z którymi się zmagamy. Niestety, panie przewodniczący, jest mi bardzo smutno, ale faktycznie jest tak, że niektóre konsylia są fikcją. Są tak zwane podróże z pieczętkami.

Jednocześnie chciałbym nawiązać do tego, o czym wspomniała pani poseł Gelert. Jest też kłopot z drugimi konsyliami. Jako przedstawiciel środowiska organizacji pacjentów, zwracam się z prośbą do Komisji o umożliwienie udziału w dalszym procesie legislacyjnym i przedstawienie naszych propozycji do poszczególnych zapisów. Chciałbym też zwrócić się do państwa z prośbą, nawiązując jednocześnie do wypowiedzi pana profesora Zembali. W Polsce, jeżeli chodzi o onkologię, wywracamy się o kwestię zarządzania na podstawie twardych danych. W kardiologii jest fantastycznie funkcjonujący rejestr kardiologii, nie jestem więc w stanie zrozumieć, dlaczego takiego rozwiązania nie wprowadzono w przypadku onkologii, dlatego, że komponent chirurgiczny jest czę-

sto decydujący dla skuteczności leczenia. Dlatego prosimy o rzetelną, uczciwą i solidną debatę na temat nowelizacji pakietu onkologicznego.

Zwracam się też do Ministerstwa z prośbą o jak najszybsze prace nad koszykiem świadczeń gwarantowanych w zakresie kompleksowych świadczeń, bo bez nich nie powstaną Centra Doskonałości i cały czas będziemy w lesie. Jednocześnie zachęcam wszystkich członków Komisji do zapoznania się z projektem założeń do projektu ustawy o bezpieczeństwie i jakości w ochronie zdrowia opublikowanym w ubiegły piątek. Apelujemy o jak najszybsze rozpoczęcie prac legislacyjnych w tym zakresie. To rozwiązanie może rozwijać te koncepcje pakietu onkologicznego. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Dziękuję bardzo. W międzyczasie proszę państwa posłów o przygotowanie kart do głosowania, ponieważ będziemy przeprowadzać głosowania przy pomocy kart. Jeszcze pan poseł Hok.

**Poseł Marek Hok (PO):**

Panie przewodniczący, panie ministrze, jeżeli słyszymy takie głosy ze strony resortu zdrowia czy pacjentów, że konsylia są niekiedy fikcją, to może, zgodnie z apelem pana przewodniczącego, wskazać te szpitale, które fikcyjnie zajmują się tymi konsyliami. Przecież nie wszystkie szpitale – zwłaszcza małe szpitale powiatowe – muszą leczyć w ramach pakietu onkologicznego. Może czas najwyższy to uporządkować, że nie w każdym szpitalu, których jest ponad 800, mają być wykonywane zabiegi, czy sprawowana opieka onkologiczna. Tego typu dolegliwości i schorzenia powinny być leczone wyłącznie w wysokospecjalistycznych ośrodkach. Jest ich bardzo wiele. Jeżeli są szpitale, które tylko dlatego, żeby nie pozbawić się środków finansowych, przystąpiły do pakietu onkologicznego, to należy je zweryfikować. Niech procedury onkologiczne będą wykonywane tylko w tych, które wykonują te zabiegi zgodnie z pakietem i zgodnie ze swoimi kwalifikacjami i możliwościami, bo wylejemy dziecko z kąpielą, jeśli chodzi o konsylia tylko dlatego, że zdarzają się szpitale – na pewno takie są – które nie mają konsyliów i leczenie onkologiczne nie powinno być tam przeprowadzane. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Bardzo dziękuję, panie pośle. Chciałbym jeszcze zwrócić się do pana z Fundacji Onkologicznej... Proszę o ciszę na sali. Ja rozumiem, co pan mówi do nas, ale chcę panu powiedzieć taką rzecz. Jeżeli w jakimś samochodzie szwankują hamulce, to nie wprowadzamy przepisu, który pozwala samochodowi nie mieć hamulców, tylko naprawiamy te hamulce. W związku z tym, bardzo pana proszę w sposób formalny, na posiedzeniu Komisji Zdrowia, o przekazanie Komisji listy szpitali... Panie i panowie posłowie, bardzo proszę. Starajmy się. Idzie szybciej, jeśli sobie nie przeszkadzamy. Bardzo proszę Fundację o przekazanie listy szpitali, poradni lub innych instytucji, które, w państwa ocenie jako organizacji zajmującej się pacjentami onkologicznymi – bo ja już nie mam takich narzędzi, nie jestem ministrem i nie mogę wysłać kontroli – szwankują na tym lub każdym innym etapie tego pakietu. I tę samą prośbę kieruję w stronę ministra zdrowia – też poproszę o listę szpitali, w których stwierdzono, że coś jest fikcją. Przecież, drodzy państwo – panie ministrze, wiele lat pracowaliśmy razem i wiemy, jak to się robiło – jeśli jest szpital, w którym działania są fikcyjne, wysyła się kontrolę, stawia się wnioski, potem ewentualnie wyciąga się konsekwencje wobec dyrektora poprzez organ założycielski, a następnie operuje się kontraktem z NFZ-em. Nie ma tolerowania fikcji. Jest fikcja, wylatuje z pakietu, bo szkodzi pacjentowi. I tak to powinno iść, a nie odpuszczać im konsylium. Przepraszam za słowo „im” – kolokwializm. Nie wolno tego robić.

Oddaję panu ministrowi głos. Jeśli pan powie, że tego nie robicie, to będę bardzo wdzięczny.

**Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:**

Bardzo dziękuję wszystkim państwu za wyłącznie merytoryczne uwagi i pytania. To jest niezwykle cenne, ponieważ nie dyskutujemy w ogóle nad zasadnością tego, czy ma funkcjonować pakiet onkologiczny, a mówimy o tym, jak go poprawić. Za to naprawdę bardzo

dziękuję. Mam nadzieję, że uda mi się wyjaśnić rzeczy, które – przynajmniej z mojego punktu widzenia – wynikają z pewnego nieporozumienia.

Chyba najbardziej gorący temat – pozwolę sobie odpowiadać nie w kolejności zadawanych pytań – dotyczy właśnie konsyliów. Konsylia nie są materią ustawy. Są materią rozporządzenia koszykowego w zakresie świadczeń szpitalnych, którego projekt był dołączony. W tym projekcie mamy zapisy, które mówią, iż konsylium jest obowiązkowe. Nie rezygnujemy więc z konsylium, ale cały czas podkreślam, że to jest projekt i na dyskusję oczywiście jesteśmy otwarci. To jeszcze jest przed nami. Natomiast, w tym projekcie, który jest dołączony do projektu ustawy, jest napisane, że w wyjątkowych sytuacjach można odstąpić od konsyliów, pod warunkiem, że w dokumentacji medycznej zapisze się uzasadnienie kliniczne. Nie jest to więc, ot tak sobie. To będzie można później sprawdzić i skontrolować, czy odstępstwo od tego konsylium było w rzeczywistości uzasadnione. Wszystkie pozostałe regulacje dotyczące konsylium są zachowane.

Jeżeli chodzi o składy, przypominam, że już w tej chwili one są różne. Inne, na przykład, dla nowotworów hematologicznych, a inne dla pozostałych nowotworów. Te regulacje nie zmieniają się. Chcę jednak podkreślić, że temat nadal pozostaje otwarty i będzie poddany dyskusji. Natomiast, temat konsyliów w żaden sposób nie wpływa na kształt projektu ustawy.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Panie ministrze, czytam panu OSR do ustawy, którą pan dzisiaj prezentuje. Zacytuję pkt. 2, Oceny Skutków Regulacji. „W przypadku leczenia onkologicznego umożliwiono świadczeniodawcom, w przypadkach uzasadnionych medycznie, odstąpienie od planowania leczenia onkologicznego przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, przy jednoczesnym zobligowaniu do umieszczania adnotacji w dokumentacji medycznej”. Czyli, powiedział pan prawdę...

**Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:**

Tak.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

...ale kluczowe jest sformułowanie „w uzasadnionych medycznie przypadkach umożliwia się odstąpienie...”. Pan to wie, ja to wiem, i wszyscy, którzy siedzą w tej sali, to wiedzą, że jeżeli w beczce ciężkiej wody zrobi się małą dziurkę, to cała woda wycieknie niezależnie od tego, jak mała będzie ta dziura. Można zrobić dziurkę w beczce, ale trzeba dać zatyczkę i otwierać wtedy, kiedy wolno, a nie wtedy, kiedy nam się wydaje, że wolno.

Wpiszcie do rozporządzenia, że wolno odstąpić od konsylium dokładnie w przypadkach a, b, c, d, e. Możemy dyskutować o tej liście – dłuższej lub krótszej – nie ma problemu. Posadzimy – przepraszam za to słowo – ekspertów, profesorów, i wymyślą tę listę. Moje doświadczenie ministerialne mówi, że odstąpienie od tego umożliwi powszechne odstępowanie od konsylium dla wygody, a uzasadnieniem będzie to, że doświadczenie lekarza onkologa, który prowadzi pacjenta, jest tak duże, że nie wymaga konsultacji z radioterapeutą, który zresztą w tym szpitalu nie pracuje, tylko pracuje 50 km dalej.

Panie ministrze, nie róbcie dziury w tym systemie – to jest moja prośba – i oddam głos za tymi poprawkami. Tu nie chodzi o spory polityczne. Za ciężko pracowaliśmy nad pakietem i za dużo to wszystkich kosztowało – onkologów, pacjentów, polityków, lekarzy POZ, każdego. To jest mój apel do pana ministra, z prośbą o przekazanie go ministrowi Radziwiłłowi z zaznaczeniem, że to nie jest żadna formuła walki politycznej z nim, tylko jest to formuła zabezpieczenia pacjentów na najbliższy czas, bo państwo stracą nad tym kontrolę. Nie jesteście w stanie poprzez NFZ skontrolować wszystkich pacjentów onkologicznych, którzy przechodzą przez pakiet. Nie ma takiej opcji. Będziecie reagować, ale reaktywnie, czyli, kiedy pacjent będzie się skarżył lub będzie mówić, że coś nie wyszło, albo po śmierci pacjenta, a to jest za późno. Nie róbnymy tej luki. To jest mój apel przed zakończeniem pierwszego czytania.

Czy ktoś z państwa chce jeszcze zabrać głos? Ja pierwszy raz proszę o coś ministra zdrowia. Jestem w szoku. Naprawdę, trzeba to zrobić dla pacjentów, panie ministrze. Wyraz „odstąpienie” jest tą furtką. Woda wypłynie. Pan poseł Latos.

**Poseł Tomasz Latos (PiS):**

Ja myślę, panie przewodniczący, że wystarczająco jasno wybrzmiały pana wątpliwości. Sądzę też, że jeszcze na etapie drugiego czytania będzie możliwość powrotu do ewentualnej poprawki, którą resort – jeżeli podzieli pana wątpliwości – może przyjąć, dlatego, że jest pewna procedura, którą powinniśmy w dniu dzisiejszym rozpocząć. Ja podzielałam pana zdanie, że złą rzeczą byłoby, gdybyśmy włączyli politykę w spór... OK., odnośnie do tego jest pełna zgoda. Podzielałam to zdanie, że byłoby źle, gdyby włączyła się w to polityka. Natomiast, nie widzę tego problemu tak mocno jak pan, ale też nie mogę powiedzieć, że go rzeczywiście nie ma. Potencjalnie może być zbyt szeroka furtka i te konsylia mogłyby odbywać się bardzo rzadko. Jest takie niebezpieczeństwo.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Tak. Jednak problem polega na tym, że konsylium jest zapisane w rozporządzeniu koszykowym, a na to ustawodawca nie ma wpływu. W czasie procedowania tej ustawy opieramy się na OSR wskazując na to, co minister ma w planie zrobić. Sejm nie ma wpływu na rozporządzenie. I dlatego proszę, aby tego dopilnować.

Zakończyliśmy pierwsze czytanie. Rozpoczynamy proces legislacyjny. Czy wszyscy państwo przygotowali karty? Czy możemy głosować?

Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Czy do tej nazwy ktoś ma uwagi? Przystępujemy do głosowania.

Kto z państwa jest... Moment. Dobrze. Jest propozycja taka, że jeśli nie ma uwag, to uznajemy za przyjęte, a jeśli są uwagi, to wchodzimy z kartami. Czy jest akceptacja z państwa strony? OK.

Czy możemy zaczynać? Pytam sekretarzy. Czy do tytułu ustawy ktoś wnosi uwagi? Nie widzę zgłoszeń. Tytuł uznaję za przyjęty.

Art. 1, zmiana pierwsza.

**Poseł Tomasz Latos (PiS):**

Najpierw główka...

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Ja już to wyjaśniałem. Nie ma żadnej główki.

Art. 1, zmiana pierwsza. Czy ktoś z państwa wnosi uwagi? Nie widzę zgłoszeń. Uznaję zmianę pierwszą za przyjętą.

Zmiana druga. Czy ktoś z państwa wnosi uwagi? Nie widzę zgłoszeń. Zmiana druga została przyjęta.

Zmiana trzecia. Czy ktoś z państwa wnosi uwagi? Nie widzę zgłoszeń. Zmiana trzecia została przyjęta.

Zmiana czwarta. Czy ktoś z państwa wnosi uwagi? Nie widzę zgłoszeń. Zmiana czwarta została przyjęta.

Zmiana piąta. Czy ktoś z państwa wnosi uwagi? Ja tylko doprecyzuję – zwracam się do Ministerstwa. Zmiana piąta to jest umożliwienie specjalście wypisania karty DILO. Czy tak? Niestety, ja wnoszę tu uwagi, bo w zmianie piątej mamy likwidację wskaźników rozpoznawania nowotworów. Nastąpiło spowolnienie, bo szukałem tego zapisu.

W zmianie piątej mówimy o specjalistach i karcie DILO, ok, ale też o zniesieniu wskaźników jakościowych dla lekarzy POZ. Głosujemy przy pomocy kart.

Kto z państwa jest za przyjęciem zmiany piątej? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Podaję wyniki.

Zmiana piąta – za 17 posłów, przeciw 10, wstrzymało się 3. Zmiana piąta została przyjęta. Zniesiono wskaźniki rozpoznawania nowotworów.

Zmiana szósta. Czy ktoś wnosi uwagi? Nie widzę zgłoszeń. Zmiana szósta została przyjęta.

Zmiana siódma. Czy ktoś z państwa wnosi uwagi? Nie widzę zgłoszeń. Zmiana siódma została przyjęta.

Głosujemy nad art. 1 w całości, przy pomocy kart, bo były sprzeciwy. Kto z państwa jest za przyjęciem art. 1? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Podaję wyniki.

Za 19 posłów, przeciw 9, wstrzymało się 2. Art. 1 został przyjęty.

Art. 2. Czy ktoś z państwa wnosi uwagi? Nie widzę zgłoszeń. Art. 2 został przyjęty.

Art. 3. Czy ktoś z państwa wnosi uwagi? Ja wnoszę uwagi.

Art. 3 – głosujemy przy pomocy kart. Bardzo proszę. Kto z państwa jest za przyjęciem art. 3? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Podaję wyniki głosowania. Za 17 posłów, przeciw 11, wstrzymało się 2 posłów.

Art. 4. Czy ktoś z państwa wnosi uwagi? Bardzo proszę, Biuro Legislacyjne.

**Legislator Aleksandra Wolna-Bek:**

Szanowni państwo, Biuro Legislacyjne, przy okazji omawiania art. 4, chciałoby prosić Szanowną Komisję o upoważnienie do dokonania kilku drobnych korekt redakcyjno-legislacyjnych, wynikających z uwag sejmowych językoznawców.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Ok. Czy ktoś z państwa wnosi sprzeciw wobec propozycji Biura Legislacyjnego? Nie widzę zgłoszeń.

Czy ktoś wnosi sprzeciw wobec przyjęcia art. 4? Nie widzę zgłoszeń. Jest przyjęty.

Głosujemy przy pomocy kart nad całością ustawy. Kto z państwa jest za przyjęciem ustawy? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Podaję wyniki głosowania.

Za 18 posłów, przeciw 8, wstrzymały się 4 osoby. Ustawa została przyjęta.

Proponuję wyznaczenie na sprawozdawcę pana posła Pawłowicza, jako osobę od wielu lat zajmującą się onkologią. Nie słyszę sprzeciwu. Czy pan poseł się zgadza?

**Poseł Zbigniew Pawłowicz (PO):**

Tak.

**Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):**

Bardzo dziękuję. Zamykam posiedzenie Komisji Zdrowia.